



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
Escuela de Post Grado

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“ESTADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES Y LAS
CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL
CAP III ESSALUD HUÁNUCO. 2017”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTOR

José Francisco, ROBLES LEÓN

ASESOR

Dr. Bernardo C. DÁMASO MATA

**HUÁNUCO – PERÚ
2018**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los doce días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho, siendo las 10:00 am horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Julia Palacios Zevallos, **Presidenta**, Dra. Silvia Bacilio Cruz, **Secretaria**, y Dra. Nancy Calzada Gonzales, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 315-2018-D-EPG-UDH, de fecha catorce de junio del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Doctor: **Jose Francisco ROBLES LEON**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó al graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"ESTADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES Y LAS CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL CAP III ESSALUD HUÁNUCO. 2017"**; para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de MUY BUENA (Art. 54).

Siendo las 11:00 horas del día 12 del mes de DICIEMBRE del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA

Dra. Julia Palacios Zevallos


SECRETARIA

Dra. Silvia Bacilio Cruz


VOCAL

Dra. Nancy Calzada Gonzales

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente A Dios por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener un titulo mas y a todas las personas que han apoyado y han hecho posible que el trabajo se realice con éxito.

AGRADECIMIENTO

A los asesores de la Tesis Doctoral que
aportaron sus conocimientos para construir este trabajo
de investigación.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION.....	xii

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	17
1.2 Formulación del problema.....	18
1.3 Objetivo general.....	19
1.4 Objetivos específicos.....	19
1.5 Trascendencia de la investigación.....	20

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	21
Antecedentes Internacionales.....	21
Antecedentes Nacionales.....	28
2.2 Bases teóricas.....	30
2.2.1 Bases filosóficas.....	38
2.3 Definiciones conceptuales.....	40
2.4. Sistema de Hipótesis.....	41
Variable dependiente.....	41
Variable independiente.....	41
2.5 Operacionalización de Variables.....	42

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.....	43
3.1.1 Enfoque.....	43
3.1.2 Alcance o nivel.....	43
3.1.3 Diseño.....	43
3.2 Población y muestra.....	43
Población.....	43
Muestra.....	43
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.....	44
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
Instrumentos.....	45
Aspectos éticos.....	45
Técnicas.....	46
Procedimiento de recolección de la información.....	46
3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	46

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de lo observado.....	48
4.2 Conjunto de datos analizados.....	48

CAPITULO V

DISCUSION.....	58
-----------------------	-----------

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
ANEXOS.....	74

RESUMEN

Objetivo

El propósito de este estudio fue analizar las consecuencias oclusales que se encontraron según el estado de las prótesis dentales en los pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Odontología del CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

Método

Se realizó un estudio de un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, analítico, explicativo, cuyo diseño fue correlacional, observacional, transversal, prospectivo.

Donde la población estuvo constituido por los pacientes adultos mayores asignados según la cartera de atención y que acuden al CAP III EsSalud Huánuco. 2017. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia de acuerdo a la concurrencia de pacientes según el grupo etáreo. Tomamos como muestra para el estudio 270 pacientes adultos mayores que acudieron al Servicio de Odontología, independientemente del sexo, cumpliendo los criterios de diagnóstico, de inclusión y exclusión aplicados, a las cuales se les llenó una ficha individual según su consentimiento informado, necesaria para la recolección de datos, los cuales se procesaron estadísticamente.

Resultados

Encontramos que la mayor cantidad de pacientes analizados presentan desarmonía oclusal (maloclusión dentaria) y estado no conservado de las prótesis dentales ($p=0,05$). También se halló que la mayor cantidad de pacientes pertenecen al género femenino.

Con respecto a la edad, la mayor cantidad de pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud está en el rango de 60 a 69 años aproximadamente. La mayor cantidad de prótesis en uso son las prótesis parciales removibles seguidas de las prótesis parciales fijas. Hallamos que una de las consecuencias oclusales es la pérdida de la dimensión vertical de moderada a severa y esta se da en un estado no conservado de las prótesis dentales.

Conclusiones

El mal estado de las prótesis dentales trae consecuencias oclusales en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

Las consecuencias oclusales con más frecuencia que encontramos fue la pérdida de la dimensión vertical con atrición dental, en menor grado colapso posterior de mordida y oclusión colapsada.

Palabras Clave: Adulto mayor, maloclusión dentaria, prótesis dental, atrición dental.

ABSTRACT

Objective

The purpose of this study was to analyze the occlusal consequences found according to the state of dental prostheses in elderly patients who come to the Dentistry Service of CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

Method

A study of a quantitative, descriptive, analytical, explanatory, whose design was correlational, observational, cross-sectional, prospective.

Where the population was constituted by the elderly patients assigned according to the care portfolio and who attend CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

The type of sampling was non-probabilistic, for convenience according to the concurrence of patients according to the age group. We took as a sample for the study 270 elderly patients who went to the Dentistry Service, regardless of sex, fulfilling the criteria of diagnosis, inclusion and exclusion applied, to which an individual record was filled according to their informed consent, necessary for data collection, which were processed statistically.

Results

We found that the largest number of patients analyzed presented occlusal disharmony (dental malocclusion) and the non-preserved state of dental prostheses ($p = 0,05$). It was also found that the largest number of patients belong to the female gender.

With regard to age, the largest number of elderly patients who come to the Health Center is in the range of 60 to 69 years approximately. The largest number of prostheses in use are removable partial dentures followed by fixed partial dentures.

We found that one of the occlusal consequences is the loss of the vertical dimension from moderate to severe and this occurs in a non-conserved state of dental prostheses.

Conclusions

The poor state of the dental prosthesis has occlusal consequences in the elderly patients of the Dentistry Service in the CAP III EsSalud Huánuco.

The most frequent occlusal consequences we found was the loss of the vertical dimension with dental attrition, to a lesser degree posterior collapse of bite and collapsed occlusion.

Key words: Elderly, dental malocclusion, dental prosthesis, tooth attrition.

RESUMÉN

Cible

Le but de cette étude était d'analyser les conséquences occlusales observées en fonction de l'état des prothèses dentaires chez les patients âgés qui se présentent au service de dentisterie de la CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

Méthode

Une étude d'un modèle quantitatif, descriptif, analytique, explicatif, dont le design était corrélationnel, observationnel, transversal, prospectif. Où la population a été constituée par les patients âgés assignés selon le portefeuille de soins et qui vont à CAP III EsSalud Huánuco. 2017. Le type d'échantillonnage était non probabiliste, par commodité selon l'assentiment des patients selon le groupe d'âge. Nous avons pris comme échantillon pour l'étude 270 patients âgés qui sont allés au service de dentisterie, indépendamment du sexe, remplissant les critères de diagnostic, d'inclusion et d'exclusion appliqués, à laquelle un dossier individuel a été rempli selon leur consentement éclairé, nécessaires pour la collecte de données, qui ont été traitées statistiquement.

Résultats

Nous avons constaté que le plus grand nombre de patients analysés présentait une dysharmonie occlusale (malocclusion dentaire) et l'état non préservé des prothèses dentaires ($p = 0,05$). Il a également été constaté que le plus grand nombre de patients appartiennent au sexe féminin.

En ce qui concerne l'âge, le plus grand nombre de patients âgés qui fréquentent le centre de santé se situe entre 60 et 69 ans. Le plus grand

nombre de prothèses utilisées sont les prothèses partielles amovibles suivies des prothèses partielles fixes.

Nous avons constaté que l'une des conséquences occlusales est la perte de la dimension verticale de modérée à sévère et cela se produit dans un état non conservé de prothèses dentaires.

Conclusions

Le mauvais état des prothèses dentaires a des conséquences occlusales chez les patients âgés du service de dentisterie de la CAP III EsSalud Huánuco.2017

Les conséquences occlusales les plus fréquentes que nous avons trouvées étaient la perte de la dimension verticale avec attrition dentaire, dans une moindre mesure, l'effondrement postérieur de la morsure et l'occlusion effondrée.

Mots clés: Adulte âgé, malocclusion dentaire, prothèse dentaire, attrition dentaire

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es importante por los problemas que hemos encontrado, en los adultos mayores, que nos servirá para comprobar, solucionar y dar recomendaciones para que se evite pasar por alto las complicaciones al sistema estomatognático que ocasionan los aspectos que están incluidos en nuestro estudio, relacionados al mal estado de las prótesis dentales. La vejez, resulta algo muy valioso en la actualidad que disfrutan muchas personas mayores de 60 años en todo el mundo. Esta situación no solo refleja las tasas más altas de la población de edad avanzada en la historia, sino que la tendencia va a ser el aumento de los longevos, incluso, en los estados subdesarrollados. Como producto de la civilización se considera el envejecimiento de la población mundial, suceso que se dio sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, cuando la esperanza de vida de las personas llegó a alcanzar cifras que tal vez nunca se podía imaginar en la humanidad en los 5000 años de historia, siendo esta de 83 años.⁽¹⁾

Según los pronósticos de las Naciones Unidas, en el futuro habrá en el mundo más de mil millones de personas con 60 y más años de edad, y en este milenio, por primera vez en la historia de la humanidad, la población adulta mayor sobrepasará a los niños, y serán mayoría las mujeres.⁽²⁾

La edad media de la población de más de 60 años en el 2030 será de 44,1 años. Todo esto expresa la magnitud de la situación que se avecina. Desde el punto de vista del alargue de la vida, en los últimos años la población de América Latina ha ganado 21,6 años para ambos sexos. Actualmente solamente por citar en Cuba quien es el que ocupa el segundo lugar dentro de los países más envejecidos en esta región, donde su población mayor de

60 años representa el 17,8 % de la población total de la isla. Según los indicadores demográficos publicados por la Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba registraba en el año 2010 una población de 11 236 336 habitantes; la esperanza de vida al nacer para las mujeres se fijaba en los 80,02 años y para los hombres en 76, indicadores con comportamiento muy semejante a los citados países del primer mundo.⁽³⁾

La ancianidad no es una enfermedad, resulta un hecho indiscutible, particularidades específicas del longevo que conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida, además, en esta etapa adquieren una específica importancia los factores psicológicos y sociales, muy destacados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad, pues existe una menor capacidad neuropsíquica para la acomodación al medio. Para lograr que la población de la tercera edad goce de una adecuada calidad de vida debe ofrecerse especial atención a los determinantes sociales de la salud que influyen sobre el estado de salud. Estos determinantes son referidos al conjunto de factores de índole social, económicos, políticos y de estilos de vida que intervienen y establecen el nivel de salud de las poblaciones. Se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, apuntan a rasgos específicos del contenido social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales los contextos sociales se traducen en marcas en la salud. La desigualdad general de los ingresos ha superado constantemente el crecimiento de los ingresos en la región, lo cual se refleja en los datos regionales recientes que muestran que, mientras que los ingresos han

aumentado significativamente en un período de 30 años, la brecha entre los privilegiados y los desposeídos casi se ha triplicado. Por otro lado, las mujeres están sobre incorporadas en el sector laboral informal, en el cual los trabajadores se enfrentan con más riesgos ocupacionales y tienen una cobertura escasa de los mecanismos de protección social. La acentuación de las migraciones, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades no transmisibles son las predilecciones más importantes que configuran la salud en las Américas. En efecto, estos y muchos otros determinantes de la salud están exacerbando aún más las inequidades en la salud en los países y entre ellos.⁽⁴⁾

El envejecimiento poblacional admite retos para la Salud Pública. Es un fenómeno mundial y un inconveniente de salud. El sector salud será uno de los que deberá tomar un conjunto importante de gestiones para ofrecer una atención y servicios de salud que garanticen una mayor y mejor calidad de vida a los ancianos, que propicien su participación integral en la sociedad.

Nuestra formulación del problema fue: ¿Qué consecuencias oclusales se encontraran según el estado de las prótesis dentales en los pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Odontología del CAP III EsSalud Huánuco?. Sabemos que las prótesis dentales surgen de la idea de devolver la función masticatoria al sistema estomatognático, así como de dar estabilidad oclusal y estética para el confort de un paciente edéntulo parcial y total que haya perdido piezas dentarias y como consecuencia se vea afectado la oclusión dentaria. La pérdida de dientes (edentulismo) requiere de un cambio en las costumbres de la masticación. Esta incapacidad se intenta

reponer por medio de prótesis. Sin embargo, la eficacia de la masticación y el número de dientes presentes no están relacionados necesariamente.

Muchas personas a pesar de tener todos sus dientes no mastican ni degluten apropiadamente, por lo que esta ocurrencia también influye en el estado nutricional del individuo, incluso puede llegar a producir atragantamientos y asfixias por cuerpos extraños. El empleo de prótesis puede influir irrevocablemente en la masticación inadecuada y en la pérdida de la sensibilidad en la cavidad oral. Por otra parte la dieta blanda del anciano y su metabolismo suele ser alta en carbohidratos y baja en proteínas lo que produce desequilibrios nutricionales. La educación relativa a la higiene bucal del anciano con dientes naturales son equivalentes a las que se dan a los adultos más jóvenes. Los principales problemas son la falta de habilidad manual de la persona (por patologías diversas como la artritis y la artrosis) y la dificultad para limpiar dientes aislados. En estos casos los mangos de los cepillos deben ser adaptados o se debe recurrir a los cepillos eléctricos. Es conveniente que se usen pastas que combatan la sensibilidad, por la presencia de desgastes dentarios. Las prótesis dentales acumulan placa bacteriana en diferentes grados, según el estado de conservación. Los depósitos blandos se pueden eliminar limpiando las prótesis y frotándolas con una gasa suave y cepillándolas. Esto se debe hacer después de cada alimento y por la noche al quitarse la prótesis para descansar. Si la prótesis tiene elementos metálicos no se deben usar ácidos, ni hipocloritos con el fin de evitar la corrosión.⁽⁵⁾

Casi todas las personas adultas mayores presentan alteraciones oclusales. El devolver la función tanto oclusal como a todo el sistema masticatorio es de

suma importancia para aplicar las formas de tratamiento que se necesitaran para rehabilitar a un paciente, y hacer más llevadero su salud.

Sin duda el presentar esta tesis traerá interés y regocijo para que ayude de alguna buena manera al trabajo de los profesionales odontólogos.

Que este trabajo sirva de guía para que otros inicien rigurosamente investigaciones con esfuerzo, dedicación y exploración de temas relacionados a los problemas que se dan en la tercera edad de un individuo para el mejor cuidado de su salud en cuanto al sistema estomatognático.

CAPITULO I

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La mayoría de pacientes de la tercera edad presentan un gran problema en cuanto al mal estado de sus prótesis dentales y las consecuencias que esta trae para el sistema masticatorio, tal vez por la falta de conocimiento, comunicación o indolencia, desconocen y viven acrecentando cada vez más el problema. El descuido o la falta de supervisión en la salud oral en nuestro país llega a veces a extremos difíciles de controlar desde los planteamientos de leyes y normas para este sector, hasta la idiosincrasia de la misma población por el cuidado de su salud bucal, son temas importantes que se tienen que ir mejorando por parte de las autoridades competentes para el desarrollo del bienestar en la comunidad y en la nación. Las prótesis dentales surgen de la idea de devolver la función masticatoria al sistema estomatognático, así como de dar estabilidad oclusal y estética para el confort de un paciente edéntulo parcial y total que haya perdido piezas dentarias y como consecuencia se vea afectado la oclusión dentaria. La oclusión dentaria viene a formar parte de la salud integral de un individuo representando el punto de apoyo anterior dentro del sistema estomatognático. Es por ello que como factor etiológico se destina que la pérdida de piezas dentarias o el desgaste de estos ocasionaran alteraciones en su posición, generando la mala alineación dentaria y variaciones en la oclusión afectando consecuentemente la articulación temporomandibular y la musculatura orofacial. El colapso de mordida posterior es una consecuencia oclusal

frecuente de observar en aquellos pacientes que presentan alteraciones orales por mucho tiempo, tanto por disminución de piezas dentales ocasionada por la caries dental o por pérdida de las mismas, como por problemas periodontales avanzados, que derivaran en la destrucción del aparato de inserción. Esta situación alterada ocasiona la extrusión de las piezas dentarias posteriores perdiendo la estabilidad como la dimensión vertical oclusal, mientras que en las piezas dentarias anteriores se producen desgastes, vestibularización, como la separación de ellas, ocasionalmente existirá una reposición compensatoria de la mandíbula, haciendo que los cóndilos se desplacen más hacia atrás con respecto a la relación articular cóndilo-cavidad glenoidea, que puede estar asociada o no a dolor miofacial.⁽⁶⁾ Los conocimientos para realizar un diagnóstico, las técnicas a utilizar, las destrezas para aplicar un buen tratamiento y un poco de imaginación para ver la estética y devolver la función tanto oclusal como a todo el sistema estomatognático resulta importante para comprender y aplicar las formas de tratamiento en cada paciente a ser rehabilitado, después de encontrar en el presente estudio las consecuencias que traen consigo el estado de las prótesis dentales y de la cavidad oral en general.

1.2 Formulación del problema

¿Qué consecuencias oclusales se encontraran según el estado de las prótesis dentales en los pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Odontología del CAP III EsSalud Huánuco. 2017?

Problemas Especificos

-¿Cuáles serán las características generales de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017?

-¿Precisar cuál es el porcentaje de las prótesis dentales presentes en la cavidad oral de los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017?

-¿Considerar cuáles son las consecuencias oclusales frente a la dimensión vertical en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco, 2017?

-¿Cómo influye el estado y tipo de prótesis dentales con las alteraciones oclusales que se presentan en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017?

1.3 Objetivo general

Determinar el estado de las prótesis dentales y las consecuencias oclusales en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

1.4 Objetivos específicos

-Identificar las características generales de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis dentales del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

-Estimar el porcentaje de las prótesis dentales presentes en la cavidad oral de los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

-Evaluar las consecuencias oclusales frente a la dimensión vertical en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco, 2017.

-Relacionar el estado y tipo de prótesis dentales con las alteraciones oclusales que se presentan en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.

1.5 Trascendencia de la investigación

Es trascendente porque los resultados nos van a ayudar a ver la realidad de cómo está el estado de la salud bucal en los paciente adultos mayores, también porque pueden extenderse a otras áreas de interés, a seguir investigando y profundizando el tema teniendo el campo abierto para continuar, bajo el apoyo y colaboración de la sociedad que son los pacientes en nuestro caso, cuando realizamos investigación en salud.

Teórica, proporciona el conocimiento idóneo sobre cómo surge este problema para encontrar alteraciones oclusales como consecuencia del estado de las prótesis dentales y de la cavidad oral en general que se dan en los pacientes adultos mayores.

Práctica, nos sirve para alcanzar el objetivo del estudio que es encontrar e identificar esas consecuencias y alteraciones oclusales como producto de nuestra investigación, expresando la satisfacción de resolver un problema para el bienestar de la salud oral en los pacientes de la tercera edad.

Metodológica, brinda la información necesaria en base a los resultados obtenidos para tratar de mejorar y aplicar el tratamiento adecuado, buscando el bienestar de la salud estomatológica en los pacientes adultos mayores y por qué no de cualquier individuo que use o necesite prótesis dental.

CAPITULO II

2.-MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

- Nápoles GI. y Col. Caracterización de los pacientes con reparaciones de prótesis estomatológica. Cuba 2017. Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el año 2015, en pacientes atendidos en el departamento de prótesis estomatológica del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. El universo estuvo constituido por 590 pacientes mayores de 20 años de edad de ambos sexos. La selección de la muestra fue no probabilística y quedó constituida por 567 pacientes que presentaron urgencia de prótesis por reparación de su aparato protésico. Entre los resultados en este estudio predominó el sexo femenino y los grupos de edades que más incidió fueron el de 40 a 59 años seguido de 60 a 79 años. Del total de las urgencias por reparación de prótesis usaban prótesis parcial removible 319 y 248 prótesis totales. El mayor motivo de reparaciones perteneció a la caída de dientes de manera esencial en las prótesis parciales, seguida de las fracturas completas con predominio en las prótesis totales. Se concluyó que las reparaciones simples fueron más abundantes entre las prótesis totales y las parciales.⁽⁷⁾
- Gómez-Pino MF. y Col. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia servicio de Medellín, Colombia. 2017. Se efectuó una investigación que tuvo como objetivo analizar el estado de salud bucal y los factores relacionados en pacientes edentados portadores de prótesis total bimaxilar que acudieron

a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. el método de estudio fue descriptivo en 111 pacientes adultos atendidos en el período 2009 - 2016. Se recopiló información sociodemográfica, antecedentes personales, condiciones de higiene bucal, evaluación clínica de la articulación temporomandibular, estado, uso y satisfacción de las prótesis dentales, y, finalmente, evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal (cvrsb). Entre los resultados la mayor parte de la población evaluada (98,2%) vivía en estratos bajo y medio, y el 82,9% de los pacientes cursaron estudios básicos. Más de la mitad de la población (69,4%) reportó tener un estado de salud bueno, sin embargo, se encontró que el 53,2% relató sufrir hipertensión y el 23,4% diabetes. Tres cuartas partes de los pacientes evaluados manifestaron limpiarse la mucosa alveolar, tanto superior, como inferior (mayor en mujeres, 83,8%). Lo que se encontró más frecuentes en ambas prótesis en orden decreciente fueron pigmentaciones, cálculos y porosidades. La población de estudio opinó mayor satisfacción con la prótesis superior respecto de la inferior. Más de tres cuartas partes de la población estudiada tienen una baja cvrsb.⁽⁸⁾

- Corona CM y Col. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. Santiago de Cuba 2017. Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 96 pacientes, atendidos en el Servicio de Prótesis de la Clínica Estomatológica "Lidia Doce Sánchez" de Guantánamo, desde enero de 2014 hasta abril de 2015, para determinar la relación de los factores locales con las lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis. Entre las variables analizadas figuraron: edad, enfermedades sistémicas, hábitos tóxicos y toma de medicamentos. Se

discute que es evidente que los pacientes portadores de prótesis dental con frecuencia son afectados debido a la agresión física que sufren los tejidos bucales, seguidos de otros elementos perjudiciales como son los traumas y las infecciones. A la conclusión se dice que la totalidad de los ancianos de 80 años y más prevalecieron las lesiones bucales relacionadas con factores locales, tales como incremento de la edad, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos.⁽⁹⁾

- Rodríguez FM. y Col. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. La habana 2016. Se tuvo en una investigación determinar la asociación entre algunos factores que influyen en la autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. El método de investigación fue observacional, descriptiva (enero-diciembre de 2013) en 150 adultos, que fueron seleccionados al azar, mayores de 60 años rehabilitados protésicamente. Se evaluaron las variables: sexo, edad, niveles de escolaridad, tipo de prótesis, experiencia anterior y tiempo de uso, en asociación con la autopercepción de salud bucal, supervisada esta mediante el índice de salud bucal geriátrico. Entre los resultados el 53 % de los pacientes, tenía entre 60 y 69 años y es la que se obtuvo la mayor frecuencia de autopercepción regular (49,3 %). Los del sexo masculino (16 %) fueron quienes alcanzaron una mayor frecuencia de respuestas que coincidió con una autopercepción buena. Las mayores frecuencias de autopercepción mala se dieron en los niveles preuniversitario y universitario, quienes unidos sumaron el 19 %, a los que tenían prótesis superior (17,3 %), los de experiencia previa (25 %). El 24 % tenía cuatro o más años de rehabilitados

y con mala autopercepción. Se concluye que la edad inferior a 80 años, el sexo masculino, la rehabilitación con prótesis en ambas arcadas y las experiencias previas, son los factores que más se asocian con la buena autopercepción de salud bucal de los adultos mayores.⁽¹⁰⁾

- Rocha ZP. et al. Restoration of the Occlusal Vertical Dimension with an Overlay Removable Partial Denture: A Clinical Report. 2016. En este trabajo de investigación se hace referencia al desgaste dental oclusal que es un proceso fisiológico que puede agravarse por afecciones patológicas como el bruxismo. El tipo de alimento ingerido también puede tener un efecto, ya que los alimentos más ácidos pueden acelerar el desgaste de los dientes. Sin embargo, en términos fisiológicos, la cantidad de desgaste dental se puede utilizar para estimar la edad con un alto nivel de precisión. Con respecto al área que sufre la mayor cantidad de pérdida, el desgaste de los dientes anteriores es mayor que en la región posterior, involucrando no solo alteraciones fisiológicas, sino también estéticas. La respuesta del organismo al desgaste de los dientes trae consigo alteraciones en la dimensión vertical oclusal (DVO) y alteraciones faciales. El primer paso en la rehabilitación oral que involucra el desgaste severo de los dientes es determinar si la DVO es apropiado. El diagnóstico inicial de cualquier tipo de lesión es fundamentalmente importante para la elección del tratamiento, ya que los procedimientos clínicos pueden variar. Si la DVO es correcto, la planificación de la rehabilitación debe considerar las correcciones quirúrgicas, periodontales asociadas al tratamiento restaurador del contorno y la longitud de la corona correctos en la zona gingival. En estos casos, son necesarios a veces muchos procedimientos terapéuticos para cada diente a restaurarse y

obtener así el contorno anatómico correcto y recuperar la DVO. Una prótesis parcial removible (PPR) es una opción de tratamiento alternativa con menos intervenciones y, en consecuencia, menor costo. En el estudio se revisa los principios implicados en la indicación clínica para un PPR, así como la planificación y ejecución necesarias, para discutir la factibilidad y la efectividad clínica de este tratamiento, identificando las indicaciones, ventajas y desventajas de este procedimiento. La PPR puede ser un tratamiento alternativo para situaciones especiales que involucran arcadas parcialmente edéntulas en pacientes que necesitan restablecer la DVO y / o la realineación del plano oclusal, y puede usarse como un tratamiento temporal o definitivo. Las principales ventajas de este tipo de tratamiento son su simplicidad, reversibilidad y costo relativamente bajo.⁽¹¹⁾

- Moreno RD. Rodríguez MA. Tamayo GL. Necesidad de prótesis estomatológica. 2017. En este estudio se determinó la necesidad de prótesis estomatológica en pacientes de 15 y más años desde Setiembre a Diciembre del 2014. El método de investigación fue observacional, descriptiva, de corte transversal en el Policlínico David Moreno Domínguez de Santa Rita, municipio Jiguaní, Granma. El estudio estuvo conformado por 9622 personas de 15 y más años de edad, del cual se determinó una muestra de 1078 personas. Se manejó un formulario propio hecho por los autores y legalizado por un comité de peritos; se realizó examen bucal, se vertieron los datos y se procesaron mediante estadística descriptiva. Las variables estudiadas fueron: necesidad de prótesis estomatológica, sexo, edad, tipo de prótesis necesitada y tipo de necesidad. Entre los resultados: la necesidad de prótesis estomatológica en el área de salud fue de un 75,60 %; el grupo de

edad de 60 y más años y el sexo femenino constituyeron los de mayor necesidad de prótesis estomatológica, con 99,29 % y 80,92 respectivamente; la prótesis parcial removible inferior fue la más necesitada 21,59 % y la necesidad sentida prevaleció sobre la no sentida, con el 88,59 %. así se da la siguiente conclusión: la necesidad de prótesis estomatológica en el área objeto de estudio resultó elevada. El sexo femenino y el grupo de 60 y más años fueron los más necesitados. La prótesis parcial removible inferior fue la más necesitada y la necesidad sentida predominó con respecto a la no sentida.⁽¹²⁾

- Domínguez SL. y Col. Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa. Cuba 2016. En esta investigación se tuvo como objetivo caracterizar el estado de salud de la población geriátrica de un consultorio médico familiar, debido a un problema social constituido como es el envejecimiento poblacional en Cuba que es un inconveniente de salud, demandando una atención multidisciplinaria para conservar la salud y prolongar la esperanza de vida. Entre el método utilizado, esta fue descriptiva, de corte transversal, en la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa en el periodo 2012 a 2013. El universo quedó constituido por 82 ancianos de ambos sexos que dieron su amplio consentimiento para participar en la investigación. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, presencia de enfermedades bucales y sistémicas, factores de riesgo. La historia clínica fue la fuente de obtención de la información. Entre los resultados: el 58,5 % corresponden al sexo femenino, el 39,0 % al grupo de 70-79 años, el 90,2 % presentan disfunción masticatoria, el 69,7 % enfermedad periodontal, El 90,2 % presentan artritis

reumatoide, 75,6 % hipertensión arterial, 69,5 %, insuficiencia venosa y el 59,7 % diabetes mellitus. El 57,3 % de los ancianos consumía de 1 a 3 fármacos y el 86,5 % ingieren alimentos calientes y picantes. Se concluye que predomina el sexo femenino y el grupo de edad de 70 a 79 años, más de la mitad de la población presenta disfunción masticatoria, enfermedad periodontal y caries dental. Las enfermedades sistémicas son la artritis, la hipertensión arterial, la insuficiencia venosa y la diabetes mellitus. Prevalece el consumo hasta de 3 fármacos.⁽¹³⁾

- Posada LA. Agudelo SA. Meneses GE. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). 2016. En este estudio transversal se analizó las condiciones de salud oral y el estado protésico de la población adulta mayor atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). Se realizó un muestreo bi-etápico en las unidades hospitalarias y centros de salud adscritos a esta red. Participaron 342 adultos de 65 y más años (58,2 % mujeres). Se recogió información a través de encuesta y examen clínico. Las variables utilizadas fueron: Sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, zona de residencia, apoyo social), Salud oral (Percepción de salud oral, presencia de problemas orales en el último mes), Indicadores clínicos: Índice de dientes con Caries, Obturadas y Perdidas (CPOD), dientes presentes, estado de prótesis dentales, problemas de la mucosa oral. En el análisis estadístico se encontró que las personas de 75 años, los hombres, la población de estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos, ubicados en área urbana y con apoyo social bajo tienden a reportar mala salud oral

autopercebida. El promedio de dientes presentes en la población fue de 5,7 ($\pm 7,8$), lo que implica un COPD promedio de 24,2 ($\pm 5,9$), con diferencias de acuerdo a variables sociodemográficas. Más del 55 % de los hombres y las mujeres requieren cambio de prótesis inferior y un 70 % requieren cambio de prótesis superior. Se encontraron alteraciones de la mucosa oral: candidiasis (12 %), úlceras (7 %), leucoplasia (7 %), liquen plano (1 %). Se concluye que se evidencian deficientes condiciones de salud oral que pueden ser explicadas por la situación de vulnerabilidad social que enfrenta esta población y barreras de acceso a servicios de salud oral preventivos y curativos.⁽¹⁴⁾

Antecedentes Nacionales

- Vega LE. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú 2017. En este trabajo se determinó la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo durante los años 2011 – 2016. Esta investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se evaluó un total de 339 historias clínicas de pacientes adultos, entre 25-70 años que cumplieron con los criterios de selección. Entre los resultados prevaleció la clase III de Kennedy con 50,59% mas frecuente en el maxilar superior con un 66,9 % y en el maxilar inferior con un 53,8 %. Entre los grupos etáreos 77,9% para 25-40 años, 60,4% para los de 41-55 años y 50,2% para las edades de 56-70 años. Más frecuente el género masculino 63.3 % que el femenino 58,3%. Se recomienda no solo realizar el tratamiento

por el cual acude el paciente sino también orientar, incentivar, dar mayor énfasis a la educación sanitaria en salud oral a fin de motivar a la población sobre prácticas de higiene oral como medio de prevención para evitar pérdidas dentarias. Así mismo brindar mejor tratamiento con prótesis dentales a la población edéntula parcial y lograr mayor tiempo de duración de estas prótesis.⁽¹⁵⁾

- Medina SA. Prevalencia de trastornos temporomandibulares y su relación con la pérdida de soporte oclusal posterior en adultos. [Tesis]. Lima Perú. 2010. En este estudio se tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la prevalencia de disfunción craneomandibular con la pérdida de soporte oclusal posterior en pacientes adultos atendidos en el Centro Médico Naval-Perú, durante el 2010. Para tal fin se examinaron 400 pacientes, divididos equilibradamente en dos grupos: uno con pérdida de soporte oclusal posterior y otro sin la pérdida de soporte oclusal posterior, a los cuales se evaluó con el Índice de Helkimo, para establecer la presencia de disfunción craneomandibular, y mediante el número de piezas dentarias posteriores perdidas se determinó la pérdida de soporte oclusal posterior. Se halló que el 83% de los pacientes con pérdida de soporte oclusal posterior presentan alteraciones al sistema masticatorio (disfunción craneomandibular), y el 73% de los pacientes sin pérdida de soporte oclusal posterior presentan disfunción craneomandibular. El sexo más afectado como en otras investigaciones fue el femenino y el grupo etáreo más afectado fue el de 56 años a más. Se encontró que hubo un mayor porcentaje de personas afectadas por disfunción craneomandibular leves. Se señaló que existe una asociación entre la prevalencia de alteraciones al sistema masticatorio y la pérdida de soporte oclusal posterior y entre la severidad de disfunción craneomandibular y la pérdida de soporte oclusal posterior.⁽¹⁶⁾

2.2 Bases teóricas

La mala calidad de la salud oral en un adulto mayor se ve reflejada en la no conservación de sus prótesis dentales, ocasionando así consecuencias perjudiciales para el sistema odontoestomatológico. Es importante saber que la población de altos y bajos recursos merece un tratamiento basado en una buena planificación protésica compatible con los principios biológicos y la conservación adecuada de este con las recomendaciones necesarias para el cuidado de su salud oral. Las determinante sociales pueden intervenir en los cambios o pérdida de la salud bucal de los gerontes; está bien alegado que las estructuras bucales sufren cambios propios del envejecimiento, pero la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino más bien un indicativo del mal estado de la salud bucal del paciente a lo largo del tiempo, la presencia de patologías bucales como la caries, en especial la radicular, la enfermedad periodontal y en la actualidad el cáncer bucal. La salud bucal de las poblaciones debiera ser una primacía de los estados, gobiernos, sectores de la sociedad, la economía y de la misma población en los diferentes contextos; pero la realidad es distinta ya que la salud continúa postergado en muchos ámbitos donde se considera principalmente un propósito estético-cosmético, ajeno a lo que viene a ser la salud pública y por consiguiente, se hayan marginado de las políticas públicas que están orientadas a la protección de la salud. Se declaran débiles, desintegradas y efímeras las acciones que son destinadas a su desarrollo integral en cuanto a promoción y participación social. Se compromete así, la incorporación de la salud bucal al enfoque de "Salud en todas las políticas," apoyado

principalmente en los derechos humanos y la justicia social, según Declaración de Helsinki.⁽¹⁷⁾

Los cambios en la cavidad bucal del adulto mayor, se dan en los dientes que alcanzan un color amarillento, que se vuelven más frágiles o rompibles y menos permeables; clínicamente se observan en la apariencia de las coronas dentarias, se relacionan, básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario.⁽¹⁸⁾

El ligamento periodontal sufre y se ensancha en los ancianos, probablemente debido a una inflamación crónica del ligamento. Es importante tener en cuenta que el músculo masetero llega a prensar los alimentos con una fuerza de 200 kg/cm², por ello la pérdida de los dientes desiguala la distribución de las fuerzas de apretamiento a lo largo de los tejidos de soporte y provocan alteraciones en los dientes restantes. La demasía y el desequilibrio de las fuerzas oclusales también provoca que el cemento radicular muchas veces aumente de volumen en la zona apical del diente, ya sea en forma benigna o un estado neoplásico del cemento dental que hoy en día se está registrando. El tono muscular bucofacial se ve degradado en la mayoría de los ancianos. Quizás este sea la causa que produce un escurrimiento de saliva, generalmente, se confunde con hipersalivación, antes considerada erróneamente como parte normal del envejecimiento.^(19, 20)

La fascies, característica de muchos ancianos, se producen por la pérdida de los dientes, ya que estos tienen un importante componente morfológico y estético. Las glándulas salivales pierden cerca de un 30 % del parénquima, sin embargo, no hay una pérdida en la cantidad de saliva producida. La

articulación temporomandibular en muchas ocasiones presenta también alteraciones como aplanamiento del cóndilo mandibular, no obstante, en algunos pacientes se presenta una afección dolorosa relacionada a un origen articular y en muchos otros no. Una de las principales afecciones del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, las de mayor prevalencia: la caries aguda radicular, seguida de la corona, se llama así por la distribución anatómica con respecto al diente.⁽²¹⁾ Esto se observa principalmente en ancianos que no han mantenido un régimen alimenticio adecuado desde la constitución de la dieta como la consistencia de su preparación, unido a otros factores como la mala higiene bucal y la asistencia al odontólogo, solo ante presencias de eventos que causan dolor, esto sumándose a la presencia de estilos de vida inadecuados. Con la pérdida de piezas dentarias la eficiencia masticatoria comienza a disminuir, se comienza a presenciar alteraciones al masticar, toda la dentición residual disminuye en el rendimiento masticatorio habitual, la cual será compensado por la deglución de partículas más grandes y gruesas en lugar de una masticación más prolongada o por incremento de los golpes masticatorios. Los cambios a nivel de la musculatura son otra consecuencia de la pérdida dentaria. Los músculos faciales y peribucales se vuelven muy activos mientras que el masetero reduce su participación además se ve la presencia de la masticación unilateral con más frecuencia.⁽²²⁾

No solo la eficiencia masticatoria sino también esta capacidad está influenciada por una serie de factores: edad, género, estado de la dentición, maloclusiones que producen una pérdida de área oclusal fisiológica, tipo de rehabilitación protésica, influencia de la lengua, y otros tejidos periorales,

alteración de la dinámica mandibular, tipo de alimentación y dieta, forma del arco dentario, trastornos neurológicos y la disfunción craneomandibular.⁽²³⁾

También la suposición de que una inadecuada masticación por pérdida de dientes sin una rehabilitación oportuna y gradual que favorezca el aumento a lo largo de la vida de trastornos al tracto digestivo que ha sido poco investigadas y sus resultados aún no son concluyentes.⁽²⁴⁾

Con la edad las personas van perdiendo piezas dentales esta pérdida altera las funciones del sistema estomatognático como es la masticación, la fonética y la estética.⁽²⁵⁾

Los desenlaces de la pérdida parcial o total de la dentición natural y el no llevar prótesis son numerosos como variados, la totalidad de los clínicos señalan:

- Alteraciones estéticas.
- Disminución de la eficiencia de la masticación.
- Inclinación, migración y rotación de los dientes restantes.
- Extrusión de dientes.
- Pérdida de apoyo para los dientes.
- Desviación mandibular.
- Atrición dental.
- Pérdida de la dimensión vertical.
- Disfunción de la articulación temporomandibular.
- Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.
- Problemas periodontales.
- Problemas fonéticos.

Algunos de las causas anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes pueden disminuir su apoyo periodontal y ocasionar así la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las consecuencias pueden suscitar la pérdida de la dimensión vertical de oclusión y problemas en la articulación. La mayor parte suele disminuir la eficiencia en la masticación. Estos factores afligen de manera adversa la salud y el bienestar de los individuos. El tratamiento oclusal es indispensable en estos pacientes para la devolución de la salud al sistema masticatorio.⁽²⁶⁾

La dimensión vertical es una significancia clínica por el cual se revela la altura del segmento inferior de la cara, establecida por la medición entre dos puntos arbitrariamente localizados, uno en el maxilar y otro en la mandíbula, coincidentes con la línea media. Las dimensiones verticales son variables, de acuerdo con la composición de la mandíbula en el plano vertical. Se denomina DVO (dimensión vertical oclusal) a la altura de segmento inferior de la cara cuando los dientes se encuentran en posición de máxima intercuspidad; y DVP (dimensión vertical postural) cuando los dientes se encuentran en posición postural mandibular. (PPM). La PPM, puede presentarse en múltiples posiciones instantáneas, está en constante cambio, no es una posición estacionaria; debido a la postura, respiración, visión, deglución, lengua y el habla.⁽²⁷⁾

En estos términos se puede evidenciar dos situaciones: La altura de la cara cuando los dientes están en máxima intercuspidad (DVO) y la altura de la cara cuando los dientes están separados y la mandíbula está en posición de equilibrio fisiológico con los músculos, comúnmente denominada dimensión vertical de reposo (DVR). En un concepto dinámico, la DVO

corresponde al límite de rotación de la elevación mandibular, lo que significa que la DVO determina la situación de “stop” vertical oclusal de rotación de la elevación mandibular. En cuanto a la posición fisiológica de reposo, por ser una posición determinada por el equilibrio muscular, independiente de la presencia y/o posición de los dientes, permanece constante durante toda la vida del individuo en la presencia o ausencia de dientes y podría, por lo tanto ser utilizada como restablecimiento de la DVO.⁽²⁸⁾

El colapso posterior de mordida es un padecimiento común en pacientes adultos con enfermedad periodontal avanzada y que se caracteriza por una extrusión de los dientes posteriores con pérdida de dimensión vertical oclusal. Puede ir coligado con un espaciamiento de los dientes anteriores.⁽²⁹⁾

Antes que sucedan todas estas alteraciones se puede restablecer, rehabilitar y mantener con distintos tipos de prótesis de acuerdo al estado de la salud bucal. Entendiendo que estas prótesis van a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares a través de la devolución de la dimensión vertical, la fonética, la función masticatoria, estética, mejorando así la autoestima de las personas.⁽³⁰⁾

Así tenemos:

Prótesis parcial fija, generalmente son las prótesis que van retenidas sobre 2 pilares dentales (ley de ante) que son tallados previamente, cubriendo en la parte media a través del pónico a la pieza dentaria ausente. Existe una variedad de este tipo de prótesis como son los puentes california o maryland, que cumplen con los mismos criterios.

Prótesis parcial removable, son las prótesis que cubren más de una pieza dental ausente, llevando consigo una base metálica que constituye el armazón o cuerpo de la prótesis retenida a través de ganchos sobre las piezas pilares.

Prótesis total removable, son aquellas prótesis que cubren todo el maxilar superior e inferior devolviendo generalmente todas las piezas dentarias que perdió el paciente. Van retenidas sobre el reborde alveolar, mucosa, paladar duro y altura media del triángulo retromolar.

Prótesis sobre implantes, este tipo de prótesis dependerá de la calidad y tipo de hueso alveolar que presente el paciente. Para la colocación de uno o más implantes de donde se sujetará las prótesis únicas o variadas, cementadas, atornilladas o en sobredentaduras.⁽³¹⁾

Se dice también que la rehabilitación protésica del desdentado total constituye un reto terapéutico para el odontólogo, pero, a pesar de las limitaciones del procedimiento clásico o convencional de elaboración de una prótesis total removable mucosoportada, es posible obtener un resultado final óptimo. Para ello, es imprescindible destacar la importancia de los parámetros clínicos en su elaboración: diagnóstico, impresiones y modelos, establecimiento de un plano oclusal óptimo, relación intermaxilar adecuada, ajuste de dientes, tallado oclusal para obtener un resultado desde el punto de vista funcional, estético y de inmovilidad de la prótesis.⁽³²⁾

Sin embargo, un grupo de portadores de prótesis completas conviven con una serie de dificultades en su uso como la inestabilidad de las prótesis, la inseguridad personal, la alteración de sus relaciones sociales y, por lo general, una peor calidad de vida y satisfacción.⁽³³⁾

La rehabilitación protésica mediante implantes osteointegrados se ha ido incorporando a la práctica clínica odontológica como alternativa al tratamiento odontológico convencional mediante prótesis dentarias desde que Branemark y sus colaboradores presentaran su experiencia con el uso de implantes en pacientes edéntulos con falta de fijeza de las prótesis completas. De hecho, ésta fue la aplicación originaria de los implantes osteointegrados: dar soporte a las prótesis dentales inferiores de aquellos pacientes edéntulos con problemas de movilidad de las mismas. Posteriormente, y tras el éxito clínico obtenido, se extendió su aplicación a la restauración de ausencias unitarias o parciales y rehabilitaciones totales fijas.⁽³⁴⁾

Desde un punto de vista rehabilitador, los maxilares edéntulos suponen un reto importante para el tratamiento por su anatomía y por la frecuente escasa disponibilidad y calidad del hueso remanente debido a la pérdida prematura de su dentición natural. Los implantes insertados en el maxilar o la mandíbula deben situarse en posiciones prefijadas y mantener inclinaciones favorables para el diseño prostodóncico posterior, por lo que las bases óseas deben tener las dimensiones adecuadas para soportar las fijaciones implantológicas permitiendo la realización de prótesis dentarias estéticas y funcionales.⁽³⁵⁾

En las últimas tres décadas, la sustitución de los dientes perdidos por implantes se ha convertido en una alternativa al tratamiento protésico convencional. La colocación de prótesis sobre implantes intraóseos en pacientes edéntulos es una forma de tratamiento predecible a largo plazo. Los pacientes desdentados totales, incluso con maxilares atróficos, pueden beneficiarse significativamente de la utilización de los implantes osteointegrados, especialmente en el maxilar inferior. El edentulismo total

mandibular es la indicación principal y más predecible de los implantes, proporcionando una fijación estable y duradera a la prótesis inferior completa frente a la estabilidad meramente muscular, que es la que caracteriza a la prótesis completa convencional.⁽³⁶⁾

El presente estudio es de gran importancia en la contribución que se dará para observar y mejorar las dificultades en el sistema estomatognático no solo de la población adulta mayor que acuden a consulta odontológica en el centro de atención primaria III EsSalud-Huánuco, sino también de la población en general, creando así un alto grado de satisfacción de los pacientes por lo que tal vez desconocen la integridad de su salud oral que muchas veces esta dejado de lado y piensan que llevar una prótesis en boca es para toda la vida sin necesidad de ajustes o cambios que son básicos para la conservación del sistema masticatorio.

2.2.1. Bases filosóficas

Por ser este un trabajo descriptivo y objetivo, se puntualiza en base a una filosofía clínica donde un estricto examen buco-dental completo es el que permite la identificación de todos los factores activos capaces de causar o de contribuir al deterioro de la salud o de la función oral. Será inconcluso si no ofrece una búsqueda suficiente para desarrollar un plan de tratamiento total basado en el mantenimiento de los dientes, sus estructuras de soporte y el sistema masticatorio en general.⁽³⁷⁾

Dado que no es posible conseguir un correcto estado de salud oral sin que exista una armonía de todos los elementos del aparato masticatorio, debe evaluarse todo él en conjunto. Lo que afecta a una de las partes que lo componen, también afectará a la totalidad a largo plazo. La

alteración de la forma o de la función de los dientes, músculos, articulaciones, huesos o ligamentos se encuentra interrelacionada, lo cual debe tenerse en cuenta para analizar adecuadamente cualquier parte del aparato en conjunto, o indicar un tratamiento.^(38, 39)

Así mismo, la controversia en la relación entre la oclusión y la disfunción al sistema estomatognático aún no se ha resuelto. Muchos de los estudios enfatizan la importancia de la oclusión como factor desencadenante de la disfunción al sistema masticatorio, mientras que otros muchos demuestran que no es claro el papel de la oclusión en la etiología de la disfunción a dicho sistema.

Cuando se hace referencia a la prevalencia de los signos de disfunción craneomandibular así como al papel que juegan determinados factores oclusales, hay que recurrir a los estudios de diferentes autores, en los que las muestras de población analizadas pertenecen a otras localizaciones geográficas distintas de la española, con las diferencias culturales y étnicas que trae consigo; el tamaño muestral no es homogéneo entre los diferentes estudios, ni el rango de edad; y el método diagnóstico que es variable, lo que hace que existan grandes diferencias en cuanto a los resultados obtenidos. Por otro lado, muchos de los estudios hacen referencia a pacientes que presentan patología siendo, según nuestro criterio, interesante analizar la prevalencia de estos factores en una población asintomática. Aunque existen numerosos estudios respecto a la prevalencia de los signos de disfunción al sistema estomatognático, y de factores oclusales en realidad no existe un consenso al respecto, y tampoco respecto a la

interrelación entre ambos. Por el contrario en el diseño del presente trabajo se pretenden analizar los factores perceptibles en una muestra de población seleccionada a tal efecto; que encontremos las características simples de cómo existen alteraciones oclusales observando el estado de la cavidad oral y de las prótesis dentales en los pacientes adultos mayores.

2.3 Definiciones conceptuales

Adulto mayor; Persona entre los 65 y 79 años de edad. Para una persona mayor de 79 años, se le puede llamar también anciano.⁽⁴⁰⁾

Maloclusión dentaria; Posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares que interfiere con la elevada eficiencia durante los movimientos excursivos de la mandíbula que son esenciales para la masticación. según Angle respecto a la llave molar (primera molar superior e inferior) se clasifica en clase I, II y III.⁽⁴⁰⁾

Prótesis dental; Reemplazo artificial de uno o más dientes naturales, de parte de un diente, o de las estructuras asociadas, que van desde una porción de un diente a la dentadura completa. La prótesis dental se utiliza por razones cosméticas, funcionales, o ambas.⁽⁴⁰⁾

Atrición dental; Desgaste de un diente como resultado del contacto diente con diente, como en la masticación, que ocurre sólo en las superficies oclusales, incisales y proximales. Se asocia principalmente con el envejecimiento. Se diferencia de la ABRASIÓN DE LOS DIENTES (desgaste de la sustancia dental por fricción, bruxismo, movimientos de apretar fuertemente, y otras causas mecánicas) y por

EROSIÓN DE LOS DIENTES (pérdida de sustancia producida por la acción química sin acción bacteriana).⁽⁴⁰⁾

2.4. Sistema de Hipótesis

H₁“EL ESTADO DE LAS PROTESIS DENTALES PRODUCE CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA EN EL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017”

H₀“EL ESTADO DE LAS PROTESIS DENTALES NO PRODUCE CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA EN EL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017”

Sistema de Variables

Título de la investigación: “ESTADO DE LAS PROTESIS DENTALES Y LAS CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017”

- **Variable dependiente:** Las consecuencias oclusales
- **Variable independiente:** Estado de las prótesis dentales

2.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	INDICE	FUENTE
Consecuencias oclusales.	Hechos o sucesos que resultan por alteraciones al sistema estomatognático.	Armonía oclusal	Cada parte del sistema está funcionando en equilibrio con los demás.	Dependiente Cualitativa	Nominal dicotómica	Oclusión estable		Si No	Oclusión mutuamente compartida sin alteración del plano oclusal	Ficha de recolección de datos
		Desarmonía oclusal	Cada parte del sistema está funcionando, no está en equilibrio con los demás.	Dependiente Cualitativa	Nominal dicotómica	Oclusión no estable		Si No	Oclusión no mutuamente compartida con alteración del plano oclusal	Ficha de recolección de datos
Estado de las prótesis dentales.	Situación en la que esta una prótesis dental en la cavidad bucal.	Buen estado de las prótesis dentales.	-Prótesis ajustable -Prótesis conserva el plano oclusal -Prótesis limpia	Independiente Cualitativa	Nominal dicotómica	Prótesis aceptable		Si No	Prótesis conservada	Ficha de recolección de datos
		Mal estado de las prótesis dentales.	-Prótesis no ajustable -Prótesis no conserva el plano oclusal -Prótesis no limpia	Independiente cualitativa	Nominal dicotómica	Prótesis No aceptable		Si No	Prótesis no conservada	Ficha de recolección de datos
Edad.	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento.	Años de vida.	60 – 64 65 – 69 70 – 74 75- 79 80-84 85-89 >a 90	Interviniente Cuantitativa	Ordinal politómica		Años de vida	Fecha de nacimiento	Espacio de tiempo del individuo desde que comenzó a existir	Documento de identidad nacional
Genero.	Accidente gramatical que sirve para indicar el sexo de las personas y el que se atribuye a las cosas.	Masculino Femenino	Características genotípicas del individuo	Interviniente Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino		Genero, varón, mujer	Características genotípicas del individuo	Ficha de recolección de datos
Nivel socioeconómico	Índice presupuestal de un individuo de acuerdo al valor monetario de un país.	Bajo Medio Alto		Interviniente Cualitativa	Nominal politómica	Bajo Medio Alto		Suma la cantidad monetaria que posee un individuo		Ficha de recolección de datos

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 Enfoque

La investigación es de un enfoque cuantitativo

3.1.2 Alcance nivel

Descriptivo, analítico, correlacional.

3.1.3 Diseño

El diseño en este estudio es correlacional, observacional, transversal, prospectivo

Donde:

GE = X1 – 01

GE: grupo de estudio.

X1: Estado de las prótesis dentales.

01: Observación de las consecuencias oclusales.

3.2 Población y muestra

Población: Constituido por los pacientes adultos mayores asignados según la cartera de atención y que acuden al CAP III EsSalud Huánuco, siendo esta aproximadamente de 1000 pacientes.

Muestra: Estuvo conformado de la siguiente manera:

Tipo de muestreo: No probabilístico de acuerdo a la concurrencia de pacientes según el grupo etáreo (población adulta mayor)

Aplicamos la siguiente formula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (N)}{(0.05)^2 (N-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

Donde N = La población adulta mayor del CAP III EsSalud Huánuco que acude bimensualmente

Siendo esta población estimada aproximadamente de: 1000 pacientes

(Fuente: Estadística e informática CAP III EsSalud Huánuco)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1000)}{(0.05)^2 (1000-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 277.74$$

Tomamos como muestra para el estudio 270 pacientes adultos mayores que acudieron al Servicio de Odontología, independientemente del sexo y la edad.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron a todos los pacientes adultos mayores asignados según la cartera de atención y que acuden al CAP III EsSalud Huánuco.

Criterios de exclusión:

Para la selección se excluyeron a los pacientes adultos mayores discapacitados, con alteraciones sistémicas que afectan al sistema masticatorio (parálisis facial o cáncer en los maxilares) o con problemas psiquiátricos severos que acuden al CAP III EsSalud Huánuco.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de manera directa a través de los siguientes instrumentos y técnicas:

Instrumentos:

- Ficha de evaluación para la toma de registro de datos.
- Consentimiento informado.

Aspectos éticos: Se recolectó la información respetando la buena voluntad de los pacientes adultos mayores para colaborar en el estudio así como para poder ser incluidos en nuestra muestra. La participación de personas idóneas de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o personas responsables del paciente, ninguna persona es capaz de no dar su consentimiento informado por lo tanto no debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente. En la investigación médica en seres humanos aptos de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recoger la información adecuada acerca de lo que incluye la exploración e indagación, como los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos acerca de los intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser comunicada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe dar especial atención a las necesidades

específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.⁽⁴¹⁾

Técnicas:

- Validación del instrumento de recolección de la información, que estuvo dado por 3 profesionales expertos o con grados referidos al tema de investigación.

En cuanto a las técnicas que usamos fueron:

- La entrevista.
- La observación y auscultación.

Procedimiento de recolección de la información: Los pacientes adultos mayores que acudieron al CAP III EsSalud Huánuco para su atención odontológica fueron interrogados para su aceptación en el estudio. Posteriormente se anotaron los datos de inclusión, para pasar a evaluar los fundamentos que nos interesó de acuerdo al instrumento que utilizamos. Una vez terminado el proceso de atención se les agradeció por su participación.

Se guiaron a los pacientes en general a respetar su turno de llegada, la no aglomeración, se les informo que la atención en los pacientes adultos mayores tardaría un poco más debido al estudio que íbamos a realizar en ese momento.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

Una vez obtenida la información esta se clasifico bajo tablas y gráficos estadísticos para su respectiva interpretación, en relación al programa SPSS versión 21. Una de las técnicas estadísticas usadas fue las pruebas chi-cuadrado, para hallar el grado de significancia de nuestros

resultados encontrados por cada etapa del proceso con los estándares identificados.

Los resultados obtenidos en el trabajo se describirán más adelante en el capítulo correspondiente.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de lo observado

La prevalencia del estado de las prótesis dentales según las características que muestra y las consecuencias que éstas traen al sistema masticatorio se evidenció en los datos siguientes analizados.

4.2 Conjunto de datos analizados

LAS PRÓTESIS DENTALES Y LAS CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017.

Tabla 1: Estado de las prótesis dentales y las consecuencias oclusales

		consecuencias oclusales (%)		Total
		armonia oclusal	desarmonia oclusal	
est de las prot dentales	conservado	34,8	4,0	38,9
(%)	no conservado	0	61,1	61,1
	Total	34,8	65,2	100

P= 0,000

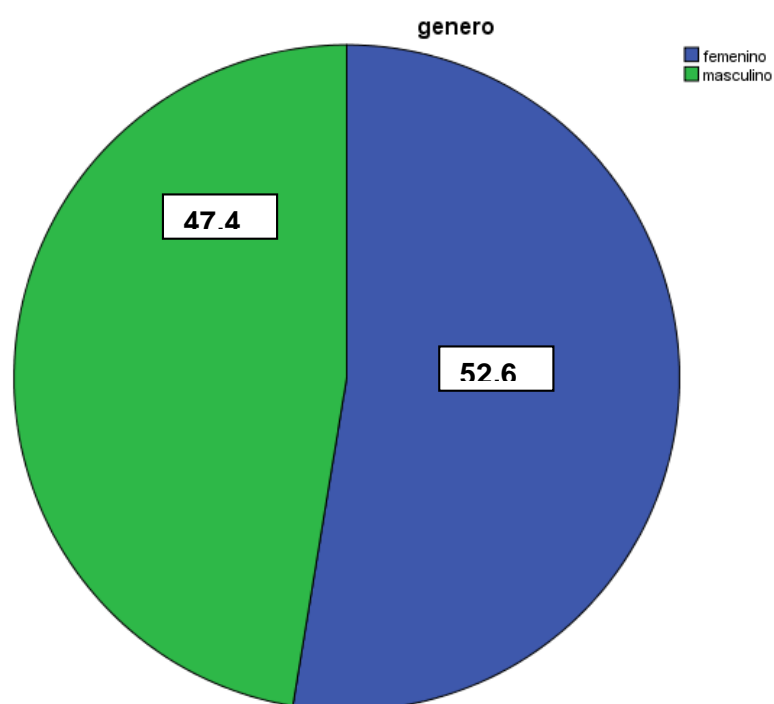
chi-cuadrado=226,60

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la mayor cantidad de pacientes analizados presentan desarmonía oclusal y estado no conservado de las prótesis dentales, y es significativo nuestro estudio ($p < 0,05$)

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017.

Gráfico 1: Distribución por género de la muestra estudiada (%)



Fuente: Elaboración propia.

En la figura observamos la mayor cantidad de pacientes pertenecen al género femenino.

Tabla 2: Distribución por edades de la población estudiada

	Edad en años (%)						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	84-89	Total
Género femenino	21,1	12,2	8,8	6,7	2,6	1,1	52,5
masculino	12,6	13,7	11,5	6,7	2,6	0,4	47,5
Total	33,7	25,9	20,3	13,4	5,2	1,5	100

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad, la mayor cantidad de pacientes de la tercera edad que acuden al CAP III es de aproximadamente 60 a 64 años seguido de los de 65 a 69 años disminuyendo poco a poco conforme avanza la edad.

Gráfico 2: Distribución por edades de la población estudiada

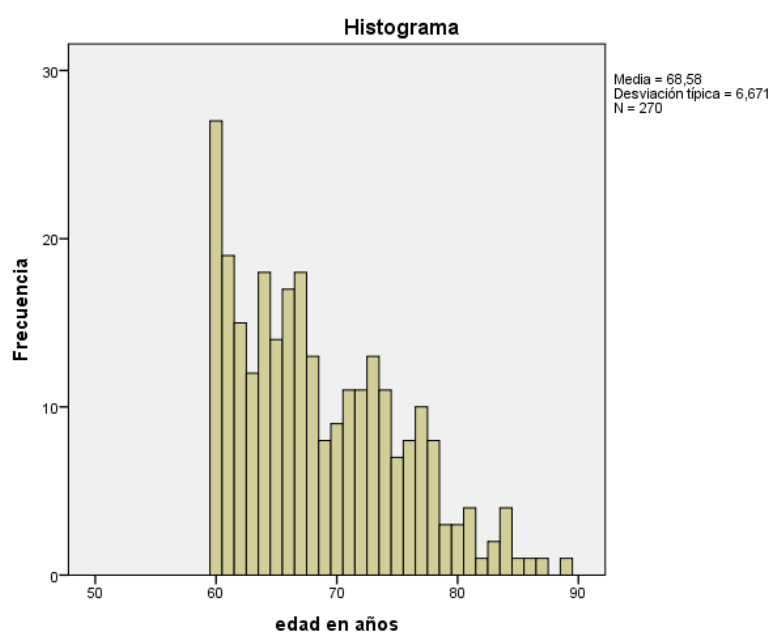


Tabla 3: Grado de instrucción de los pacientes evaluados.

	Frecuencia	Porcentaje
sin nivel	1	0,4
nivel primaria	12	4,4
Válidos nivel secundaria	103	38,1
nivel superior	154	57,0
Total	270	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Tenemos la mayor cantidad de pacientes con grado de instrucción superior, debido a que estos son jubilados del magisterio de educación que asisten con más frecuencia al CAP III EsSalud Huánuco.

Gráfico 3: Grado de instrucción de los pacientes evaluados.

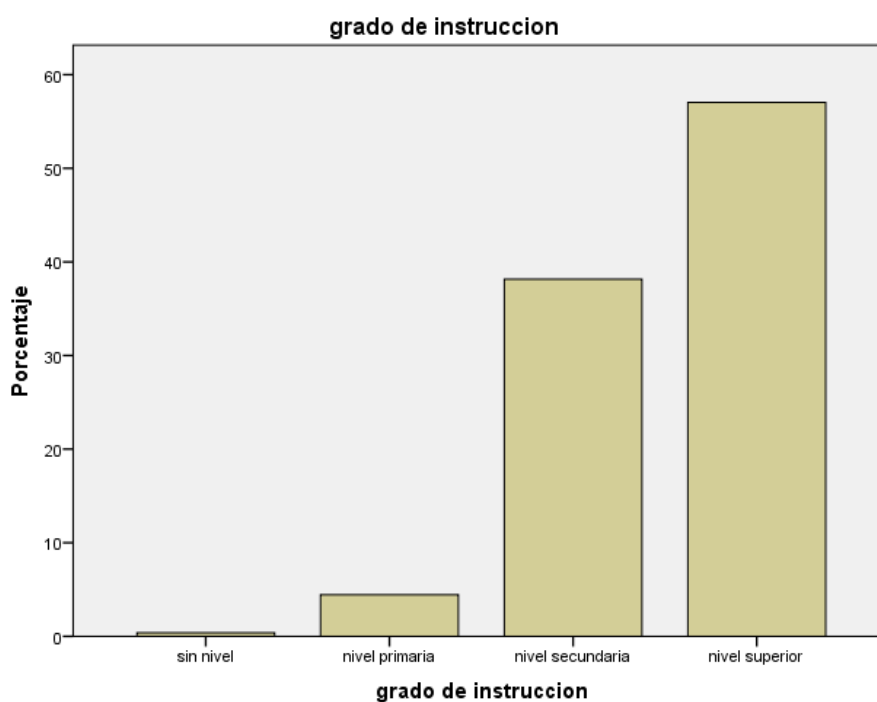


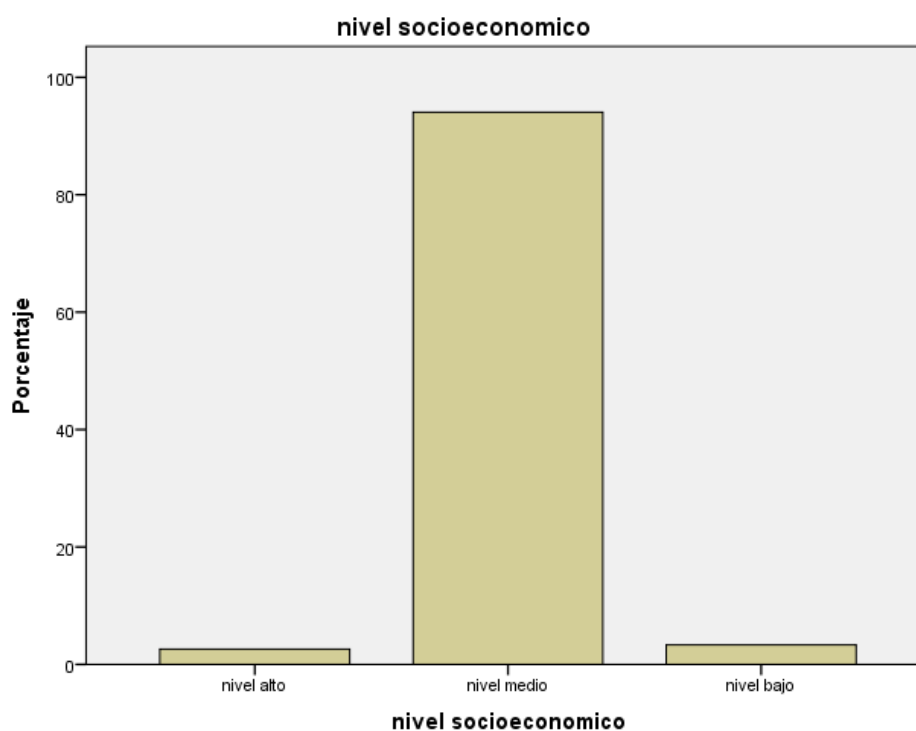
Tabla 4: Nivel socioeconómico de los pacientes estudiados.

	Frecuencia	Porcentaje
nivel alto	7	2,6
nivel medio	254	94,1
nivel bajo	9	3,3
Total	270	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que la mayor cantidad de pacientes pertenecen a la categoría socioeconómica del nivel medio.

Gráfico 4: Nivel socioeconómico de los pacientes estudiados.



PRÓTESIS DENTALES PRESENTES EN LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017.

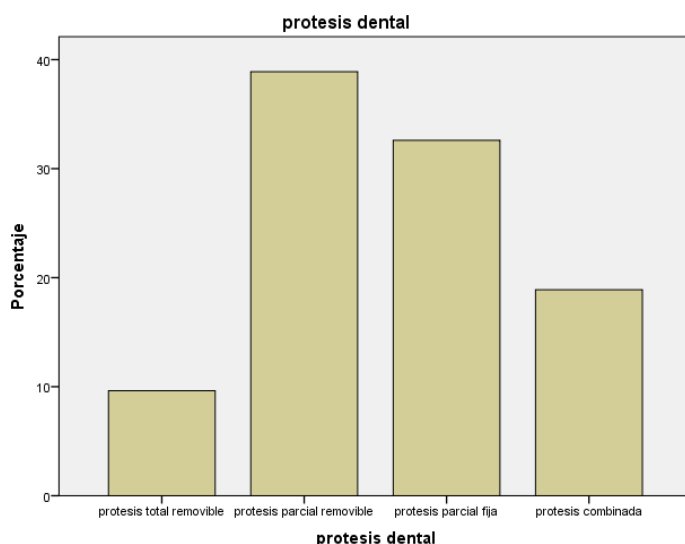
Tabla 5: Resultados de las prótesis dentales observadas en la investigación.

	Frecuencia	Porcentaje
prótesis total removible	26	9,6
prótesis parcial removible	105	38,9
Válidos prótesis parcial fija	88	32,6
prótesis combinada	51	18,9
Total	270	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Observamos la mayor cantidad de prótesis en uso son las prótesis parciales removibles seguidas de las prótesis parciales fijas.

Gráfico 5: Prótesis dentales observadas en cavidad oral de los pacientes estudiados.



CONSECUENCIAS OCLUSALES FRENTE A LA DIMENSIÓN VERTICAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017.

Tabla 6: Las consecuencias oclusales y su relación con la pérdida de dimensión vertical

		consecuencias oclusales (%)		Total
		armonia oclusal	desarmonia oclusal	
dimensión vertical (%)	no perdió	16,3	0,4	16,7
	perdida leve	18,5	3,7	22,2
	perdida moderada	0	32,2	32,2
	perdida severa	0	28,9	28,9
Total		34,8	65,2	100

P= 0,000 chi-cuadrado=228,97

Fuente: Elaboración propia.

Apreciamos que dentro de la desarmonía oclusal, la perdida de la dimensión vertical de moderada a severa es mucho mayor. Y es significativo el resultado obtenido ($p < 0,05$)

ESTADO DE LAS PROTESIS DENTALES Y LAS ALTERACIONES OCLUSALES QUE SE PRESENTAN EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP III ESSALUD HUANUCO. 2017.

Tabla 7: Estado de las prótesis dentales y la pérdida de dimensión vertical.

		dimensión vertical (%)				Total
		no perdió	perdida leve	perdida moderada	perdida severa	
estado de las prot dentales (%)	conservado	16,7	22,2	0	0	38,9
	no conservado	0	0	32,2	28,9	61,1
	Total	16,7	22,2	32,2	28,9	100

P= 0,000

chi-cuadrado=270,00

Fuente: Elaboración propia.

Vemos que la pérdida de dimensión vertical se da más en un estado no conservado de las prótesis dentales. Y es significativo el resultado obtenido ($p < 0,05$)

Tabla 8: Estado de las prótesis dentales y la presencia de colapso posterior de mordida.

		colaps post de mordida (%)		Total
		no presenta	si presenta	
est de las prot dentales	conservado	37,4	1,5	38,9
(%)	no conservado	45,2	15,9	61,1
	Total	82,6	17,4	100

P= 0,000

chi-cuadrado=22,097

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla observamos que aproximadamente un 16% de pacientes presentan colapso post. de mordida dentro del 61% que no se encuentran conservados sus prótesis dentales. Y es significativo el resultado obtenido ($p < 0,05$).

Tabla 9: Estado de las prótesis dentales y la presencia de oclusión colapsada

		oclusión colapsada (%)		Total
		no presenta	si presenta	
est de las prot dentales (%)	conservado	38,9	0	38,9
	no conservado	55,9	5,2	61,1
	Total	94,8	5,2	100

P= 0,001 chi-cuadrado=9,396

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 5% de pacientes presentan oclusión colapsada dentro del 61% que no se encuentran conservados sus prótesis dentales. Y es significativo el resultado obtenido ($p < 0,05$)

Tabla 10: Tipo de prótesis dental y la presencia de alteraciones oclusales

		dimensión vertical %				colapso posterior de mordida	oclusión colapsada
		no perdió	perdida leve	perdida moderada	perdida severa		
prótesis dental %	prótesis total removible	0,4	0,7	3,7	4,8	0,7	0,4
	prótesis parcial removible	4,4	7,4	13	14,1	13	4,8
	prótesis parcial fija	9,6	9,6	9,3	4,1	3	0
	prótesis combinada	2,2	4,4	6,3	5,9	0,7	0

P= 0,002; 0,001; 0,004

chi-cuadrado=33,905; 30,915; 18,755

Fuente: Elaboración propia.

Vemos que el mayor porcentaje de alteraciones se da en las prótesis parciales removibles dentro del total de pacientes examinados. Y es significativo el resultado obtenido respectivamente en cada tipo de alteración oclusal ($p < 0,05$).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En nuestro país en general ha aumentado la población económicamente activa y por ende el aseguramiento de su salud, a nivel de nuestra región esto también se ve reflejado y que ha crecido notablemente, de tal manera que es también necesario aumentar el acceso por parte de ellos a los servicios de salud, de esta manera el gobierno decidió a nivel de EsSalud implantar los centros de atención primaria en todo el territorio nacional para cubrir por completo a toda la población asegurada descongestionando así los hospitales nivel I y II, y para dar más énfasis a la parte preventiva-promocional de la salud antes que aparezca una determinada enfermedad.

El Centro fue creado el 05 de Octubre del 2010, por el gobierno de turno, bajo la denominación de Centro de Atención Primaria III (CAP III) Metropolitano, tratando de realizar actividades preventivas promocionales y recuperativas en los diferentes servicios de salud que brinda atención.

La población adscrita al nosocomio está ubicada en zona urbana y en algunas zonas de alto riesgo principalmente en los AA.HH. de la periferia. Ellos son propensos de padecer enfermedades comunes contagiosas de carácter viral, infeccioso y parasitario, teniendo la información que se ha aumentado el riesgo de tuberculosis (TBC), por el inicio de nuevos casos en la zona. Este perfil epidemiológico de los habitantes de la zona se debe al crecimiento de la metrópoli y a sus cuidados en el estilo de vida sobre todo en las zonas de alto riesgo, generados tal vez por la escasez de servicios básicos y la crecida de comida rápida en la ciudad, que no es nutritiva.

Al 2012 la población asegurada y adscrita al CAP III Metropolitano era de 18000 a 20000 asegurados. Al término del 2016, (según la estadística realizada ese año) la población está en 39122 habiendo crecido en 5 años notablemente. Estas cifras también influyen en el crecimiento de la población de la tercera edad (60 años a más).⁽⁴²⁾

Los datos obtenidos muestran que el mayor acumulo de pacientes analizados presentan desarmonía oclusal y estado no conservado de las prótesis dentales (tabla 1), dando como resultado alteraciones observables al sistema masticatorio (estomatognático) Siendo esto una realidad medible, se debe considerar cambiar esta situación por ser una problemática en la salud de los pacientes de la tercera edad. Toda prótesis dental tiene un tiempo de vida determinado, en un estudio realizado se verifico esto, el cual fue retrospectivo y se evaluaron los resultados a largo plazo de las prótesis dentales fijas de gran envergadura (PDFGE) que no cumplen la ley de Ante. Los datos fueron de 36 pacientes que recibieron 41 PDFGE. durante la fase de examen, el 22,0% (n = 9) de las PDFGE dejó de funcionar. La posibilidad calculada de supervivencia después de 3 años fue del 88,3% y después de 5 años, del 57,4%. La única diferencia significativa en el tiempo de vida se observó en las PDFGE con dos dientes pilares, en relación con las PDFGE de tres y más dientes pilares. A pesar que todos los pacientes podían agregarse a un programa de salud oral y mantenimiento, únicamente 13,8% lo siguió. Dentro de los resultados, junto con los datos de la bibliografía, indican que la colaboración de los pacientes es un factor crucial para obtener éxito con la colocación de una PDFGE. También los adultos de la tercera edad del género femenino fueron los que asistieron más a la consulta odontológica (gráfico 1).

En relación a la edad, la mayor cantidad de pacientes adultos mayores que acuden al CAP III es de aproximadamente 60 a 64 años seguida de los de 65 a 69 años (tabla 2) disminuyendo poco a poco conforme avanza la edad. Esto es semejante con el estudio de Moreno RD. Rodríguez MA. Tamayo GL. 2014, en donde el género femenino y el grupo de 60 y más años fueron los más solicitados para realizarse el tratamiento protético. La prótesis parcial removible inferior fue la más necesitada y la necesidad de llevar ppr predominó con respecto a la no necesidad.^(43, 12)

Esto debido a que los pacientes más ancianos ya no acuden a la consulta odontológica porque ya no pueden tal vez asistir por si solos, necesitan de una ayuda para su traslado al nosocomio, lo que genera la baja asistencia de pacientes de edad más avanzada. A pesar de los esfuerzos efectuados por los estomatólogos, los ancianos siguen admitiendo la perdida dentaria como algo ineludible dentro del proceso de envejecimiento, por lo que el desdentamiento sigue siendo un problema de salud en el adulto mayor.⁽⁴⁴⁾

Para que el sistema estomatognático consiga funcionar de forma óptima, es ideal la preservación de la mayor cantidad de dientes posibles en boca, no sólo para cumplir con una trituración eficiente y con los requerimientos estéticos del paciente, sino también porque los dientes tienen una importante función de sensibilidad propioceptiva, característica que se pierde cuando son reemplazados en su totalidad por elementos protésicos.⁽⁴⁵⁾

También llegamos a observar que la mayor cantidad de prótesis en uso son las prótesis parciales removibles (ppr) seguidas de las prótesis parciales fijas, en menor cantidad las prótesis combinadas y las prótesis totales removibles. (tabla 5). Esto es casi similar con un estudio encontrado en Chile por Misrachi

C, Lamadrid S. donde el 77,8% de los adultos mayores chilenos se atienden en los servicios de salud que son públicos. Cerca de un 25% de los individuos mayores de 60 años necesitan prótesis totales removibles y de éste, el 18,6% no cuentan con prótesis dentales instaladas. De igual manera en el estudio realizado por Nápoles Gl. y Col. 2017, donde la solicitud de urgencia para reparación de prótesis fueron las prótesis parciales removibles seguidas de las prótesis totales.^(46, 7)

Una rehabilitación oral lleva consigo para la gran mayoría, la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, sea este para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir las piezas dentarias perdidas.⁽⁴⁷⁾

En una Universidad del Perú se llevó a cabo un estudio por Romero CF. 2017, donde se confirma que los pacientes de 65 años que acuden a consulta, tras la reconocimiento de la historia clínica indican que sus motivos de consulta son “Prótesis” y “Emergencias”. Para Rocha ZP. et al. 2016. La PPR puede ser un tratamiento alternativo para situaciones especiales que involucran arcadas parcialmente edéntulas en pacientes que necesitan restablecer la DVO y / o la realineación del plano oclusal, y puede usarse como un tratamiento temporal o definitivo. Las principales ventajas de este tipo de tratamiento son su simplicidad, reversibilidad y costo relativamente bajo.^(48, 11)

De igual manera en la (tabla 10) de nuestros resultados observamos que la mayor cantidad de alteraciones se producen en las prótesis parciales removibles. Por qué las prótesis dentales removibles son las más frecuentes, porque son las menos trabajosas de realizar, si queremos estabilizar la oclusión inmediatamente, a lo contrario de realizar una prótesis parcial fija o

también la prótesis combinada que toma muchas citas para su término e instalación. Alcanzamos a observar en la tesis que se presenta la mayor suma de pacientes con grado de instrucción superior debido a que estos sujetos en su mayoría son jubilados del magisterio de educación que asisten con más frecuencia al centro de salud. (tabla 3). Se descubrió que la mayor cantidad de pacientes pertenecen a la categoría socioeconómica del nivel medio seguida por el nivel bajo (tabla 4), esto es la realidad de las personas que finalmente son aseguradas y afiliadas a la seguridad social en nuestra región. Es una investigación realizada en Chile sobre la categorización de la percepción de la salud bucal en relación a la calidad de vida en pacientes de la tercera edad se encontró que esta percepción se ve alterada tanto por el nivel socioeconómico como por el género. En el estrato socioeconómico más elevado, la salud oral se percibe como uno de los aspectos más importantes de su calidad de vida, lo que no ocurre en los niveles sociales más bajos. El aspecto de mayor relevancia en que interviene la salud bucal para los hombres, es la alimentación, mientras que para las mujeres es la confianza y autovaloración.⁽⁴⁹⁾

Con respecto a las consecuencias oclusales que se encuentran con más frecuencia dentro de la desarmonía oclusal, es la pérdida de la dimensión vertical de moderada a severa. (tabla 6). Desde esta perspectiva se dice que la pérdida de piezas dentarias desde el punto de vista estético puede ocasionar un gran impacto psicológico para el paciente, afectando más que la propia pérdida de la función masticatoria. En la actualidad la pérdida de dientes especialmente en el segmento anterior se ve como un estigma social, además posteriormente a la disminución de dientes puede venir

deformaciones faciales a causa de la afectación de la cresta residual, deformación labial, pérdida de altura facial, para lo cual es recomendable rehabilitar ya sea con prótesis removible, fija, e implantes con la respectiva rehabilitación oral sobreimplantes, evitando así las complicaciones de la pérdida de la dimensión vertical y el soporte labial en el sector anterior.⁽⁵⁰⁾

En nuestro estudio hemos considerado la pérdida de la dimensión vertical de manera visual corroborando desgastes dentales acentuados, oclusión traumática con compromiso periodontal, envejecimiento precoz debido a la pérdida del tono de la musculatura de la expresión facial, cara con aspecto más corto, la aparición de queilitis angular, y labios en sobreposición. También encontramos que la pérdida de dimensión vertical se da más en un estado no conservado de las prótesis dentales (tabla 7). Situaciones como la reducción de corona clínica, edentulismo del sector posterior que produce rotación de molares o desplazamiento de los mismos, pacientes portadores de prótesis removible muy gastada, bruxismo severo o pacientes mayores que sufren una gran reabsorción ósea son algunas de las situaciones que llegan a alterar la altura del tercio inferior de la cara. Sin embargo, las causas también pueden ser iatrogénicas, como es el caso de colocación de prótesis con una oclusión muy alta, mal uso y abuso de placas o férulas oclusales. Autores afirman que esta alteración puede repercutir en el estado neuromuscular, propioceptivo y postural del paciente y a largo plazo causar trastornos temporomandibulares.⁽⁵¹⁾

Dentro del estado de las prótesis dentales observamos que el 16% de los pacientes presentan colapso posterior de mordida y un 5% de pacientes presentan oclusión colapsada dentro de los 61% que no se encuentran

conservadas sus prótesis dentales (tabla 8 y 9 respectivamente). Esto constata lo referente a que existe una fuerza de erupción permanente que hace que los dientes erupcionen hasta que se encuentren con una fuerza opuesta de igual intensidad, si la fuerza contrapuesta es superior a la de la erupción, los dientes persistirán intruidos hasta que la fuerza de erupción consiga igualar la fuerza de resistencia contra ellos. Si la fuerza opuesta es menor que la erupción los dientes continuaran erupcionando, como sucede generalmente con las prótesis dentales removibles acrílicas. La fuerza de resistencia constituye el efecto de la presión ejercida por la elevación de la mandíbula hacia el maxilar controlada por la musculatura orofacial.⁽⁵²⁾

Al presentar un paciente prótesis muy desgastadas estaremos ante la presencia de una extrusión del diente antagonista con la consecuente inestabilidad oclusal (colapso posterior de mordida) y también protésica que causa daño a la mucosa alveolar. En la oclusión colapsada los dientes ya ni siquiera ocluyen con los dientes artificiales de una prótesis antagonista, sino que estas ocluyen con la mucosa del reborde alveolar cuando se produce el cierre mandibular. Creemos que el Colapso Oclusal (CO) como un síndrome, como una entidad, cuyo comienzo es el edentulismo parcial, el cual induce a una patología oclusal, que afecta al periodonto produciendo destrucción y migración dental patológica. Y más que una entidad, es el proceso de la evolución de una enfermedad, cuyo inicio es la pérdida dental.⁽⁵³⁾

Para muchos adultos de edad avanzada, es una afirmación arraigada que una buena prótesis total va a solucionar sus problemas dentales, funcionando mucho mejor que sus "malos y gastados" dientes. En ellos se les debe infundir que ni el más avanzado sistema de rehabilitación protésico, por estético y

sofisticado que pueda ser, no va a poder suplir la perfección fisiológica y adaptativa que los dientes verdaderos tienen por naturaleza.⁽⁵⁴⁾

Si bien en las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, la pérdida parcial y total de piezas dentales no son propios de la edad, sino un indicador del mal estado de salud bucal del paciente. Las consecuencias oclusales como la pérdida de dimensión vertical, el colapso posterior de mordida y la oclusión colapsada (tabla10) son signos frecuentes de encontrar en pacientes parcialmente edéntulos, con o sin el uso de prótesis, constituyendo una carga para el sistema estomatognático, corroborando esto en el estudio realizado por Medina SA. 2010. quien manifiesta que existe una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de alteraciones al sistema masticatorio y la pérdida de soporte oclusal posterior a través de una pérdida de la dimensión vertical y entre la severidad de disfunción craneomandibular y la pérdida de soporte oclusal posterior.^(55, 16)

Una nueva propuesta para mejorar estos problemas encontrados en el presente estudio; sería la capacitación a los profesionales odontólogos que laboran en todas las redes si hablamos de instituciones públicas como es EsSalud o MINSA, para que ellos debido a la gran demanda de pacientes adultos con edades avanzadas que asisten a los diferentes nosocomios, puedan diagnosticar las alteraciones y así brindar las indicaciones correspondientes en la rehabilitación oral del paciente afectado, devolviéndole el bienestar en el sistema estomatognático y por ende ofreciendo confort en su salud general.

El aporte científico de nuestro trabajo ha sido encontrar estas alteraciones oclusales y como los pacientes conviven con estos cambios sin poder tener el

conocimiento pleno de que su sistema estomatognático se encuentra mal, que no pueden seguir así, porque de lo contrario estas alteraciones se irán agravando más cada día, por lo tanto se debe tratar de informar y mejorar, evitando complicaciones severas a la salud que comprometen hasta la función y estética del paciente.

CONCLUSIONES

- El mal estado de las prótesis dentales trae consecuencias oclusales en los pacientes adultos mayores del Servicio de Odontología en el CAP III EsSalud Huánuco. 2017.
- Los adultos mayores del género femenino fueron los que asistieron más a la consulta odontológica y en cuanto a la edad los de 60 a 64 años fueron los más frecuentes seguida de los de 65 a 69 años.
- Se encuentra que la mayor cantidad de pacientes pertenecen a la categoría socioeconómica del nivel medio seguida por el nivel bajo siendo esta no determinante para encontrar consecuencias oclusales.
- También la pérdida de la dimensión vertical con atrición dentaria se ve más en un estado no conservado de las prótesis dentales.
- Asimismo dentro de las consecuencias oclusales encontradas vamos a tener colapso posterior de mordida y la oclusión colapsada.
- Las prótesis parciales removibles son las que se presentaron en mayor cantidad en los pacientes adultos mayores y también las que sufren más las consecuencias oclusales.

RECOMENDACIONES

- Mejorar la idiosincrasia de la personas tratando de informar sobre el cuidado de su salud con referencia al sistema estomatognático.
- El restablecer la estabilidad oclusal trae consigo proteger y recuperar la función al sistema masticatorio como también mejorar la estética.
- Informar que una prótesis dental sea cual fuera el tipo y material que está constituido debe de ser revisado y/o supervisado cada cierto tiempo por un profesional odontólogo porque la reabsorción ósea continua toda la vida así como el proceso de erupción de los dientes, con el cual se va a dar el colapso posterior de mordida y la oclusión colapsada.
- La mala alineación y la ausencia de los dientes deben ser ordenados y restituidos respectivamente para conservar una buena salud al sistema estomatognático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Camps CE, Gámez FM, Borroto M, Prado MC. Evaluación nutricional de los centenarios cubanos y su relación con biomarcadores del envejecimiento. Rev. Cubana Invest. Bioméd. [Internet]. 2013 (citado 30/10/2017); 32(1): 57-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002013000100005&lng=es
- 2.-Laplace PB, et al. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [revista en Internet]. 2013 (citado 30/10/2017); 17(4): 477-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
- 3.-Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario demográfico de Cuba 2013 [Internet]. (citado 02/11/2017). Disponible en: <http://www.one.cu/anuariodemografico2013.htm>
- 4.-Etienne CF. Los determinantes sociales de la salud en las Américas. Rev. Panamericana de Salud Publica 2013; 34(6): 377.
- 5.-Gutiérrez LD. Iglesias EP. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Edit. Editex S.A. 2017 pág. 16.
- 6.-Baldión EP, Betancourt CD. Síndrome de Colapso de mordida posterior. Revista Acta Odontológica Colombiana 2012; 2 (2): 193-209.
- 7.-Nápoles GI. y Col. Caracterización de los pacientes con reparaciones de prótesis estomatológica. Revista AMC 2017; 21 (3), may.-jun.
- 8.- Gómez-Pino MF. y Col. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia servicio de Medellín, Colombia. Revista Nacional de Odontología. 2017; 13(24): 65-77.
- 9.- Corona CM y Col. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. MEDISAN 2017; 21(4): 415-421
- 10.- Rodríguez FM. y Col. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Revista Cubana de Odontología. 2016; 53 (4): 210-221
- 11.- Rocha ZP. et al. Restoration of the Occlusal Vertical Dimension with an Overlay Removable Partial Denture: A Clinical Report. Journal of Prosthodontics. 2016; 25: 585–588

- 12.- Moreno RD. Rodríguez MA. Tamayo GL. Necesidad de prótesis estomatológica, setiembre-diciembre, 2014. Revista Médica Multimed 2017; 21 (1): 86-105.
- 13.- Domínguez SL. y Col. Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2016; 22(1): 58-68.
- 14.- Posada LA. Agudelo SA. Meneses GE. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). Rev. Int. J. Odontostomat., 2016; 10(1): 161-171.
- 15.- Vega LE. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. 2017. Disponible en URL: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8211>. Consulta: (12/10/2017).
- 16.- Medina SA. Prevalencia de trastornos temporomandibulares y su relación con la pérdida de soporte oclusal posterior en adultos. [Tesis]. Fac. de Odontología: UNMSM, Lima Perú. 2010.
- 17.- Cruz HI, Rubio RG, Torres LM. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Municipio Fomento. 2010. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2013 [citado 02/11/2017]. 15(1): 1-5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29_05/p5.html.
- 18.- Sánchez-Ruiz F. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An. Fac. Med. [Internet]. 2014 (citado 03/11/2017); 75(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200003&lng=es&nrm=iso.
- 19.- Ramírez-Coronel M. La caries, problema ignorado de salud pública. El Economista [Internet]. [citado 03/11/2017]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2013/11/19/caries-problema-ignorado-salud-publica>
- 20.- Criado M. Consideraciones periodontales del paciente adulto mayor. Parte II. Acta Odontológica Venezuela [Internet]. (citado: 04/11/2017); 51(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art17.asp>

- 21.- Bécquer Águila JL, Velarde Almenares M. Organización de la Atención Gerodontológica. Libro Estomatología General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014; 368-369.
- 22.- Farias A. Mestriner W. Carreiro A. Masticatory efficiency in denture wearers with bilateral balanced occlusion and canine guidance. Braz dent j, 2010; 21 (2): 165-169.
- 23.- Cárdenas C. Larrucea C. Influencia del predominio muscular en la eficiencia masticatoria. Rev Dental de Chile. 2010; 101 (2): 8-14.
- 24.- Rodríguez Enríquez N. y Col. Desdentamiento y síntomas del tracto digestivo superior. Revista habanera de ciencias médicas 2012; 11(4): 474-483.
- 25.- Gutiérrez Vargas V. y Col. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatológica Herediana. 2015; 25(3): 179-186.
- 26.- López Olivera JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rh Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara (Tesis). UNMSM. Lima Perú. 2009: 16-17.
- 27.- Ortiz F. Dimensión vertical- visión crítica. Rev. Kiru .2005; 2(2): 1-5.
- 28.- Valenga. S. Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão. [Monografía]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2016.
- 29.- De la Iglesia F. Noruega C. Serra A. Huertas D. Molina A. El colapso posterior de mordida. Revista Española de Ortodoncia. 2006; 36(4); 273-282
- 30.- Schulz Dieter. Prótesis funcional y natural. Prótesis completa. Ediciones Especializadas Europeas. 2015: 8-9.
- 31.- Mezzomo E. y Col. Rehabilitación oral contemporánea. Edit. AMOLCA. 2010. Tomo 1: 303-437.
- 32.- Álvarez-Arenal A, Casado-Llompert JR. Prótesis total removible. El manual de odontología. Edit. Elsevier Masson; 2da edic. 2008. 1173-2000.
- 33.- Douglass CW, Shih A, Ostry L. Will there be a need for complete dentures in the united States in 2020. J Prosthet Dent 2002; 87(1): 5-8.

- 34.- Van Steenberghe D, et al. Applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism: a prospective multicenter study on 558 fixtures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5(3): 272-81.
- 35.- Misch CE. *Implantología contemporánea*. Edit. Elsevier. 3ra edic. Barcelona. 2009.
- 36.- Misch CE. *Prótesis dental sobre implantes*. Edit. Elsevier. Barcelona. 2015.
- 37.- Miller VJ, et al. Comparison of a short examination procedure with an extensive diagnostic protocol for the diagnosis of temporomandibular disorders. *J. Oral Rehabil.* 1999; 26: 648-85.
- 38.- Ramfjord SP. Dysfunctional temporomandibular joint and muscle pain. *J. Prosthet Dent.* 1961; 11 (2): 353-74.
- 39.- Harper RP, Schneiderman E. Condylar movement and centric relation in patients with internal derangement of the temporomandibular joint. *J. Prosthet. Dent.* 1996; 75 (1): 67-71.
- 40.- Descriptores en Ciencias de la Salud. Biblioteca Virtual en Salud 2012. Disponible en: URL.: <http://decs.bvs.br/E/homep>. (citado el 12/10/2017, 11.45 pm).
- 41.- Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones Médicas en seres humanos. Disponible en: URL.: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>. (citado el 12/04/2018, 12.30 pm).
- 42.- Manual de organización y funciones. Servicio de Odontología CAP III Metropolitano EsSalud Huánuco. 2016.
- 43.- Rehmann P. y col. Prótesis dentales fijas de gran envergadura que no cumplen la ley de Ante. *Quintessence: Publicación internacional de odontología*. 2015; 3(3): 224-230.
- 44.- Hidalgo S, Ramos Díaz MJ. Rehabilitación protésica en la tercera edad. *Rev. Archivo Médico de Camagüey [Internet]*. 2015. (citado: 08/11/2017). Disponible en: <http://revistaa.mc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3449>.

- 45.- González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2013 [citado 10/11/2017]; 50(3): 284-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=e.
- 46.- Misrachi C, Lamadrid S. Salud Oral y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Bajos Recursos. Journal: Cuadernos Médico Sociales XXXVIII-Chile, 1997. 4: 79-86.
- 47.- Barrientos M, Peric K, Sepulveda R, Von Marttens. ¿En Consultorios? Implantes y Prótesis Removible en la Tercera Edad. Rev. Tecnología Dental. Chile. 2002: 71-79.
- 48.- Romero CF. Motivo de consulta odontológica de los pacientes atendidos en la clínica dental docente de la universidad peruana Cayetano Heredia según la clasificación de las cinco generaciones de Strauss & Howe, período 2014-2015. [Tesis]. Lima – Perú. 2017.
- 49.- Misrachi LC. Ponce EM. Sepulveda SH. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile 2004; 95 (3): 3-10.
- 50.- Carr AB, McGivney GP, Brown DT. Prótesis parcial removible. Edit. Elsevier; 11 edic. España. 2006.
- 51.- Zambrano, P. Rehabilitación oral de un paciente con restitución de dimensión vertical y plano de oclusión” [Tesis]: Universidad Internacional del Ecuador; Quito 2014.
- 52.- Romero V. Dimensión vertical, se define dimensión vertical como la distancia entre dos puntos seleccionados. Agosto 2012. Slideshare: <http://es.slideshare.net/draromerovasquez/dimensin-vertical-se-define-dimen-sin-vertical-como-la-distancia-entre-dos-puntos-seleccionados> (citado: 15/11/2017).
- 53.- Nieto BF. Desórdenes masticatorios: el colapso oclusal y su tratamiento. An. Real Acad. Med. Cir. Vall. España. 2014; 52: 23-32.
- 54.- Núñez Antúnez L, y col. Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. Rev. Cubana Estomatol. 2007 (citado 15/11/2017); 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300005&lng=es
- 55.- Marín Zuluaga DJ. Es necesaria la odontogeriatría. Rev. Fed. Odontol. Colombia. 2000;(198):39-44.

ANEXOS



GUÍA DE ENTREVISTA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS DENTALES

Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Grado de instrucción: Sin nivel ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior ☐

Nivel socioeconómico

Alto ☐

Medio ☐

Bajo ☐



CUESTIONARIO

ESTADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES

Nº de pregunta	Pregunta	Respuesta	
P 00	Tiempo de uso de las prótesis dentales		
P 01	El paciente se siente conforme con el estado de su boca	Si	No
P 02	Las prótesis dentales presentan alguna fractura o hendidura	Si	No
P 03	Las prótesis dentales presentan algún rebase o añadidura	Si	No
P 04	Las prótesis dentales presentan desgaste en los dientes artificiales	Si	No
P 05	Las prótesis dentales presentan adaptabilidad	Si	No
P 06	Las prótesis dentales presentan estabilidad y retención en la cavidad bucal	Si	No
P 07	Las prótesis dentales presentan acumulación de placa bacteriana	Si	No

ESTADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES	
Conservado	
No conservado	



GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONSECUENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES ADULTOS

MAYORES

Nº de pregunta	Pregunta	Respuesta	
		Si	No
P 08	El o (la) paciente presenta una oclusión mutuamente compartida		
P 09	Se aprecia que el paciente ha perdido dimensión vertical		
P 10	Se observa que existe desgaste dentario		
		Localizado	Generalizado
P 11	Como se aprecia el plano oclusal	Alterado	No alterado
P 12	Se conserva la guía anterior		
P 13	Existe colapso posterior de mordida		
P 14	Existe oclusión colapsada		
Consecuencias oclusales dentarias			
Armonía oclusal			
Desarmonía oclusal			

Consentimiento Informado

Yo.....identificado(a) con D.N.I.Nº:....., he asistido al CAP III EsSalud Huánuco, donde voy a ser atendido(a) en el Servicio de Odontología, previamente se me ha informado ampliamente sobre el estudio que se va a realizar, siendo este no invasivo y sin causar ningún daño o consecuencias sobre mi salud.

Por lo tanto en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se realice el seguimiento del estudio, teniendo pleno conocimiento de que no existe ningún riesgo ni complicación que pudiese desprenderse de dicha investigación.

Firma del o (la) Paciente

D.N.I. N°:

(otros).....

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Alvarado Villacorta, Selmira A.
 Institución donde labora: U.D.H. - Facultad Ciencias de la Educ. y Humanid.
 Instrumento motivo de evaluación: Para investigación de Tesis.
 Autor del instrumento: C.D. José F. Robles León.
 Aspecto de validación: criterios que se tomaran en cuenta

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																			X	
2 OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																			X	
3 ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																		X		
4 ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																X				
5 SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X		
6 INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																X				
7 CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teoricos científicos																		X		
8 COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																			X	
9 METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																		X		
10 PERTINENCIA	El inventario es aplicable																	X			

Opinión de Aplicabilidad:

Instrumento aceptable para que se aplique.

Promedio de Valoración: 89

Fecha: 07/08/16

Firma del Experto:


Selmira A. ALVARADO VILLACORTA
 Dra. En Ciencias de la Educación

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Palacios Levallos Juana Inés
 Institución donde labora: U.D.H. - Post Grado
 Instrumento motivo de evaluación: Para investigación de Tesis.
 Autor del instrumento: C.D. José L. Robles León.
 Aspecto de validación: Criterios que se tomaran en el instrumento

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																	X			
2 OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																	X			
3 ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																	X			
4 ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																	X			
5 SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X	
6 INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																X				
7 CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos científicos																	X			
8 COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																		X		
9 METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																		X		
10 PERTINENCIA	El instrumento es aplicable																		X		

Opinión de Aplicabilidad:

Para ser Aplicado en la investigación.

Promedio de Valoración: 87.

Fecha: 05/08/16

Firma del Experto:

Dra. Juana Palacios Levallos
DIRECTORA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Preziado Lara, Luz.
 Institución donde labora: UDH - E.A.P. Odontología.
 Instrumento motivo de evaluación: Para Tesis Investigación.
 Autor del instrumento: CD. José P. Dobles León.
 Aspecto de validación: Según el cuadro siguiente.

		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
CRITERIOS		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200
1 CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																				X	
2 OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																				X	
3 ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																				X	
4 ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma logica																				X	
5 SUFFICENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																	X				
6 INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional															X						
7 CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teoricos científicos																				X	
8 COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																				X	
9 METODOLOGÍA	La estrategia responde al proposito de la investigación																				X	
10 PERTINENCIA	El inventario es aplicable																				X	

Opinión de Aplicabilidad:

Buen Instrumento para que se aplique con éxito.

Promedio de Valoración:

88

Fecha:

07/08/16

Firma del Experto:


 Dra. Luz Preziado Lara
 Docente E.P.G.

FOTOGRAFIAS



FOTOS

CAP III ESSALUD HUANUCO

Atencion a Pacientes Adultos Mayores

